

Summary

This work presents the results of a study aimed at assessing the degree of survival of children with extremely low birth weight at less than 28 weeks of gestation, depending of the delivery method and the length of the latency period in pregnant women with preterm rupture of membranes. The results showed that the survival rate of infants in the group of pregnant women with expectant management was higher than among women where active tactic was used. Cesarean section performed in women with a long latency period and the presence of chorioamnionitis does not complicate the postoperative course, survival of children in operated women being higher than among women whose children were delivered vaginally.

Резюме

Работа посвящена преждевременным родам и выживаемости детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (800-1000 г) при сроке беременности менее 28 недель с преждевременным разрывом околоплодных оболочек в зависимости от тактики ведения беременности и от метода родоразрешения. Полученные результаты показали, что выживаемость новорожденных в группе беременных с выжидательной тактикой оказалась выше, чем в группе женщин где была использована активная тактика. Кесарево сечение у женщин с длительным периодом преждевременного разрыва плодных оболочек и наличием хориоамнионита не осложнило течение послеоперационного периода, выживаемость детей среди оперированных женщин оказалась выше чем среди женщин, дети которых родились через естественные родовые пути. Эти приведенные результаты требуют дальнейшего изучения в плане усовершенствования тактики ведения беременных с преждевременным излитием околоплодных вод.

FORMAȚIUNILE NEOPLAZICE ALE ORGANELOR GENITALE INTERNE LA FETE

Eva Gudumac, academician, dr. hab. în med.,
prof. univ., Om emerit, *Irina Livșiț*, chirurg-
pediatru, USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP
ICȘDOSMC, Centrul Național Științifico-
Practic de Chirurgie Pediatrică
„Acad. N. Gheorghiu”

Introducere

Tumorile organelor genitale la fete alcătuiesc aproximativ 1% din toate tumorile. Frecvența tumorilor și formațiunilor tumorale a ovarelor în structura morbidității ginecologice a copiilor și adolescenților este de 1% – 4,6%. Formațiunile tumorale ale organelor genitale interne pot apărea la orice vârstă, înce-

pând de la perioada intrauterină. Aceste afecțiuni la copii ocupă după frecvență locul 4, după tumorile sistemului nervos central, ale sistemului osos și rinichi. Mai frecvent se depistează formațiunile tumorale ale anexelor uterine (40-50%). Simptomatologia lor este redusă. Simptomul dominant care aduce copilul la medic este mărirea abdomenului în dimensiuni și asimetria lui. Dacă tumora este mare, ea poate comprima organele învecinate și provoacă dereglări de micție și defecație. Vomele și durerile apar la asocierea complicațiilor.

Chistul folicular este o formațiune benignă retențională sau, cu alte cuvinte, un chist funcțional, care apare în dereglările hipotalamo-hipofizare a funcției ovarelor. În aceste formațiuni nu există creșterea blastomatoasă adevărată, dar cresc din cauza acumulării secretului, care se numește lichid folicular. În 50% din cazuri se determină în utero la făt.

Chistul paraovarian este un chist retențial, care provine din paraooforon, cu dimensiuni de la 0,5-1 cm până la 30 cm, de formă sferică sau ovoidă, nedureroasă la palpația bimanuală, cu mobilitate limitată din cauza localizării intraligamentare. Ovarul nu este implicat și este situat în partea de jos a chistului, trompa uterină fiind întinsă pe suprafața chistului. Este o formațiune unicamerală, cu pereți foarte subțiri, umplută cu lichid luminos, transparent-seros.

Tumora herminogenă este tipică pentru copii, alcătuiește 3% din toate tumorile maligne la copii, se dezvoltă din celulele germinale primar, care sunt capabile de a dezvolta teratoame. Există două incidențe de vârf: până la 2 ani, cu o scădere la 6 ani, și la 13-14 ani de viață. Are o consistență groasă, suprafață inegală, cu diametru de aproximativ 20 cm. Se localizează în spațiul retrouterin, în 1/3 de cazuri se localizează bilateral, crește relativ rapid.

Teratomul matur ovarian se formează din rudimentul țesutului embrionar și conține toate cele trei structuri germinale. Acestea pot fi bilaterale, dar mai des unilaterale, creșterea este lentă. Vârsta medie a fetelor afectate este de 13 ani. Formațiunea are o capsulă groasă, suprafața interioară are un tubercul dermoid și conține: grăsimi, oase, rudimentele ochiului, cartilajul urechii, păr, dinți, rar țesut tiroidian. Diametrul este de aproximativ 8 cm.

Tumora din sinusul endodermal se dezvoltă din stroma gonadelor embrionare, pot secreta hormoni sexuali, mai des se dezvoltă unilateral, are consistență moale cu zone hemoragice și chisturi mucoase, diametru de aproximativ 10 cm.

Carcinomul ovarian embrional este cea mai imatură tumoră din toate tumorile germinocelulare. Are diferite dimensiuni, consistența neomogenă. Morbiditatea este relativă. Apare rar, preponderent la copii și adolescenți. Formațiunea nu este întotdeauna încapsulată. Metastazează pe cale limfogenă și hematogenă. Mai frecvent se dezvoltă unilateral. Se caracterizează prin evoluție rapidă și agresivă.

Diagnosticul diferențial se va face:

- cu apendicita acută, infiltratul apendicular, ocluzia intestinală, apoplexia ovariană;
- în perioada de pubertate precoce, în special la cei cu tip heterosexual, la cei cu disfuncție congenitală a suprarenalelor, cu tumori suprarenale;
- la pubertate precoce de tip izosexual, cu asocierea unei formațiuni tumorale a creierului;
- este necesar de a diferenția formațiunile funcționale de alte tipuri de tumori ale ovarelor.

Complicațiile chistului ovarian:

- torsiune, necroză, supurare, hemoragie, erupție în cavitatea abdominală și, ca urmare – dezvoltarea clinicii de abdomen acut;
- autoamputare;
- comprimarea organelor învecinate și, ca urmare – dezvoltarea clinicii de retenție acută de urină, coprostază sau ocluzie intestinală.

Cazul 1. Pacientul A. cu vârsta de 9 ani 5 luni, s-a adresat la spitalul raional cu plângeri de dureri abdominale, constipații. La examinarea ultrasonografică a fost suspectată o formațiune tumorală a bazinului mic și copilul a fost îndreptat la CNŞPCP „Acad. N. Gheorghiu”. Din anamneză este cunoscut că copilul este bolnav de aproximativ o săptămână, când au apărut dureri abdominale în etajul inferior, mai pronunțat după alimentație. Copilul se internează cu stare generală medie, cu tegumentele roz-palide, abdomen mărit în dimensiuni în etajul inferior, la palpare moale, indolor, se determină o formațiune gigantă care se extinde de la ombilic (figura 1).



Figura 1. Pacientul A.

Grupa de sânge – AB(IV), Rh (+).

Hemograma: hemoglobină – 74 g/l; eritrocite – 2,4; hematocrită – 0,88; leucocite – 4,8; nesegmentate – 14; segmentate – 46; eozinofile – 7; limfocite – 32; monocite – 1; VSH – 50, trombocite – 196, timpul coagulării – 4³⁵⁻⁴⁴.

Biochimia sângelui: proteina totală – 69,8g/l; ureea – 2,9; bilirubina – 8,4-0-8,4; K – 4,14; Na – 132; Ca – 2,07; ALT – 2,4; AST – 1,9.

Ecografia abdominală: ficatul lobul drept 99 mm, lobul stâng 36 mm, contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie; vena portă 5 mm; vezica biliară contractată; pancreasul 10x11x10 mm; splina 91 mm., omogenă. În proiecția bazinului mic se determină o formațiune de 142x124 mm, cu contur clar, ecogenitate crescută, cu puțin lichid. **CONCLUZIE.** Ecografic nu se exclude o formațiune de volum a bazinului mic.

Tomografia computerizată a bazinului mic: în bazinul mic se evidențiază o tumoare gigantă 111x99x130 mm, cu structura neomogenă, densitatea variază între 25 și 30 UH. Intestinele sunt deplasate lateral de tumoră. **CONCLUZIE.** Aspect TC de tumoare gigantă a bazinului mic (figura 2).

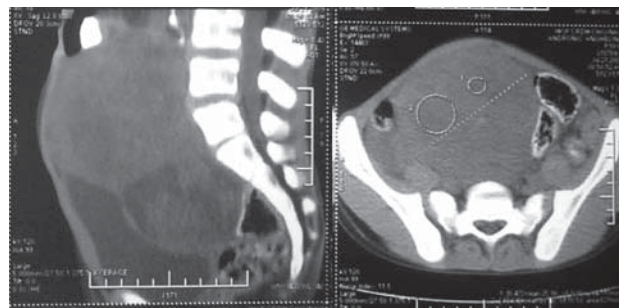


Figura 2. TC a bolnavului A.

După o pregătire preoperatorie generală, copilul a fost supus intervenției chirurgicale sub anestezie generală. După prelucrarea preoperatorie a câmpului s-a efectuat incizie liniară transrectală pe dreapta: peritoneul îngroșat, edemat, tumefiat. La deschiderea peritoneului s-au eliminat aproximativ 300 ml de lichid seros-hemoragic. La revizia organelor bazinului mic a fost depistată o formațiune care a fost exteriorizată. S-a constatat că formațiunea provine din ovarul drept și concrește trompa uterină dreaptă până la unghiul uterin (figura 3a). Tumora de formă neregulată, cu suprafața bazilată, încapsulată cu rețea abundentă de vase sangvine, consistența neuniformă cu dimensiuni de aproximativ 140x120x100 mm (figura 3b). A fost practicată înlăturarea tumorii în bloc cu trompa până

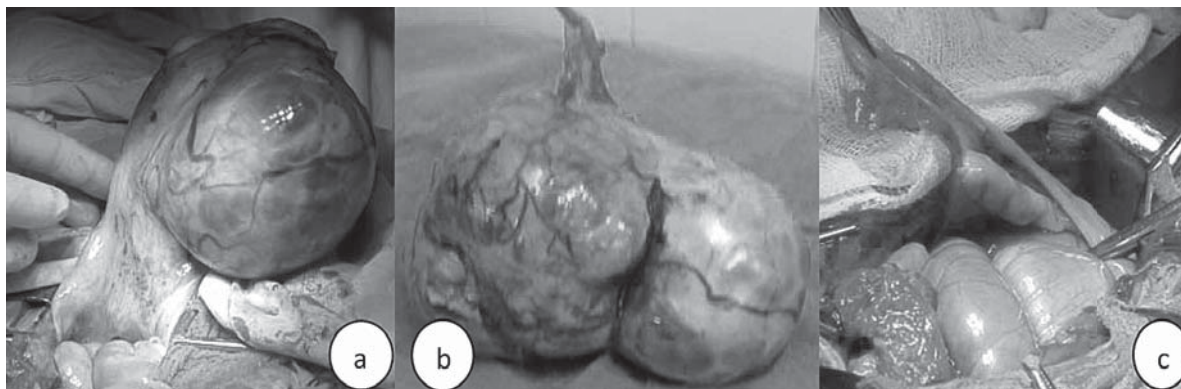


Figura 3. Imagini intraoperatorii ale bolnavului A.

la unghiul uterin. Ovarul contralateral – hipoplaziat (figura 3c), trompa – fără patologii. S-a procedat la drenarea cavității abdominale, refacerea planurilor anatomice.

Concluzie histologică: tumoră ovariană germinogenă mixtă, cu structuri de teratocarcinom, pe alocuri cu structuri de tumoră a sinusului endodermal.

Copilul a primit tratament postoperator și cu cicatrizarea primară a plăgii a fost transferat la Institutul Oncologic.

Cazul 2. Pacientul T., în vârstă de 23 de zile, este internat în anul 2010 în CNȘPCP „Acad. N. Gheorghiu”. Din anamneză este cunoscut că copilul este de la sarcina II, nașterea II la 39-40 săptămâni de gestație, masa – 3900 gr. la 32-33 săptămâni de gestație, la examinarea ultrasonografică a fost depistată o formațiune patologică a cavității abdominale la făt. Se internează în stare generală medie, cu tegumentele roz-palide, abdomen moale, accesibil la palpare, formațiuni patologice n-au fost depistate.

Grupa de sânge – O(I), Rh (+).

Hemograma: hemoglobina – 156 g/l; eritrocite – 4,9; hematocrită – 0,46; leucocite – 8,1; nesegmentate – 2; segmentate – 1; eozinofile – 7; limfocite – 58; monocite – 3; VSH – 2.

Biochimia sângelui: proteina totală – 58,4g/l; ureea – 4,4; bilirubină – 169,9-0-169,9; K – 2,1; Na – 143,9; Ca – 5,3; ALT – 0,24; AST – 0,16.

Ecografia abdominală: ficatul lobul drept 53 mm, lobul stâng 30 mm, contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie; vena portă 2 mm; splina 41 mm, omogenă; rinichiul drept 49x22 mm, rinichiul stâng 48x21 mm, parenchimul 8 mm, bazinele nu-s dilatate. Sub lobul drept al ficatului se determină o formațiune cu contur șters, conținut lichid. **CONCLUZIE.** Ecografic nu se exclude o formațiune de volum a ficatului.

După pregătirea preoperatorie, copilul a fost luat la laparotomie transrectală pe dreapta, înlăturarea chistului torsionat a ovarului drept. La revizia organelor cavității abdominale a fost constatat spasmul jejunului pe tot traiectul, alte anomalii ale tractului digestiv n-au fost depistate. A fost vizualizat un chist major cu dimensiuni 10x8 cm al ovarului drept, torsionat la 720°, cu conținut sangvinolent. S-a efectuat înlăturarea totală a chistului torsionat. Drenarea cavității abdominale, refacerea planurilor anatomice (figura 4).

Concluzie histologică: chist ovarian lipsit de membrană epitelială, cu peretele în stare de necroză.

Copilul a primit tratament conservativ și în stare generală satisfăcătoare a fost externat la domiciliu.

Concluzii

- ✓ La stabilirea diagnosticului de tumoră se indică intervenția chirurgicală.
- ✓ Tratamentul tumorilor ovariene maligne este

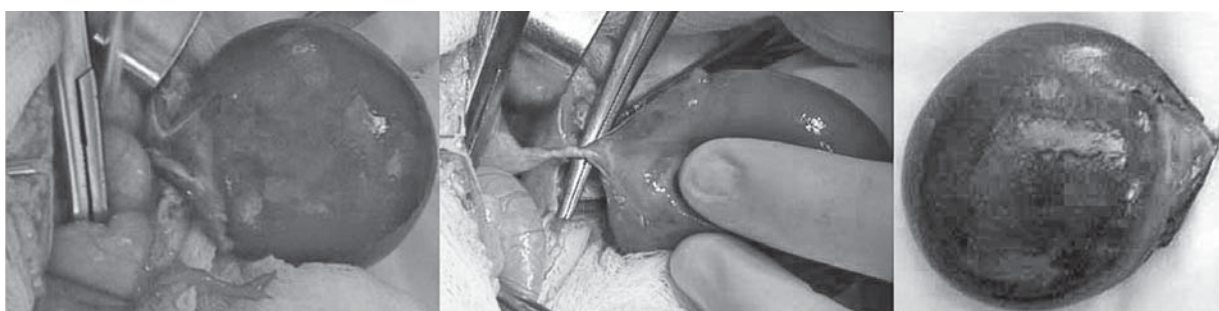


Figura 4. Imagini intraoperatorii ale bolnavului T.

complex: intervenție chirurgicală completată cu chimioterapie și radioterapie.

✓ Tumora este agresivă, dar sunt raportate cazuri de supraviețuire de lungă durată.

✓ Tumorile rămân o provocare pentru corpul medical, din punctul de vedere al diagnosticului, precum și din punctul de vedere al stabilirii conduitei corecte de tratament.

Bibliografie

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., *Детская хирургия*, м.2, Санкт-Петербург, 1999, с. 249-256.
2. Адамян Л.В., Богданов Е.А., *Оперативная гинекология детей и подростков*, Москва, 2004, с. 87-100.
3. Вишневецкая Е.Е., *Детская онкогинекология*, Минск, 1997, с.192-214.
4. Давиденко В.Б. *Синдром острого живота у детей*. В помощь практикующему врачу, 2006; №6 (7).
5. Дурнов Л.А., Голдобенко Г. В., *Детская онкология*, Москва, 2002, 540 с.
6. Москаленко В.З., Минцер О.П., Весёлый С.В., Лосицкий А.А., *Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложнённого течения острой хирургической патологии у детей*, Севастополь, 2003, с. 282.
7. Уварова Е.В., Немченко О.И., *Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков*. Детская гинекология, т. 9(5): 4-14.

Rezumat

Autorii descriu diferite variante de tumori ale organelor genitale interne la fete din practica chirurgicală pediatrică. Se subliniază dificultățile în stabilirea unui diagnostic corect preoperator, în selectarea tratamentului, fiind explicate complicațiile posibile.

Summary

The authors of this article describes various tips of tumors of the internal female genital organ in girls, paying attention to the difficulty in setting a correct preoperative diagnosis, treatment tactics choice and possible complications.

Резюме

В статье представлены различные варианты опухолей внутренних генитальных органов девочек, встречаемых в практике детской хирургии, уделяя особое внимание сложностям в установлении правильного предоперационного диагноза, выбору лечения возможным осложнениям.

IMPLEMENTAREA TEHNOLOGIILOR NEMEDICAMENTOASE MODERNE ÎN PRACTICA OBSTETRICO-GINECOLOGICĂ

Ludmila Ețco¹, dr. hab. în med., prof. cercet.,

Anatol Rotaru², dr. hab. în șt. fiz.-mat., prof.

univ., **Iurie Nica²**, dr. în șt. fiz.-mat.,

Valentin Târșu¹, dr. în med.,

Ala Chiriac¹, cercet. șt., **Stela Mocanu¹**, cercet.

șt., IMSP Institutul de Cercetări Științifice

în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și

Copilului¹, Institutul de Inginerie Electronică și

Nanotehnologii „D. Ghițu” AŞM²

Iradieră electromagnetică atermică cu diapazon milimetric actualmente este o metodă nemedicamentoasă cunoscută și destul de bine studiată, implementată cu mult succes în tratamentul complex al pacienților cu diverse patologii, inclusiv cu patologii obstetrico-ginecologice [20, 22, 24, 26, 30, 35, 38, 43, 46, 50, 51].

După un număr impresionant de cercetări științifice fundamentale teoretice, experimentale și aplicative, care s-au desfășurat și se desfășoară cu succes în Federația Rusă, Ucraina, SUA, Germania, Japonia, Franța, Italia, China, România ș.a.m.d. privind acțiunea câmpului electromagnetic milimetric asupra microorganismelor și animalelor de laborator, aproximativ de 30 de ani a demarat procesul de utilizare masivă a undelor milimetrice în medicina clinică. Actualmente, terapia cu unde milimetrice se utilizează pe larg în cele mai prestigioase clinici și centre științifice medicale la tratarea a peste 120 de maladii.

Deși până în prezent nu au fost identificate mecanismele fizice, biofizice, biologice sau biochimice ale interacțiunii undelor milimetrice de mică intensitate cu organismul, cu ajutorul terapiei milimetrice au fost tratați cu succes milioane de pacienți. Undele milimetrice se utilizează practic în tot spectrul de patologii: cardiologie, neurologie, oncologie, ginecologie, urologie, pulmonologie, gastroenterologie, chirurgie, farmacologie, pediatrie etc. [5, 6, 7, 19, 36, 37, 38, 50, 51]. Iradierea electromagnetică atermică, cu diapazon milimetric, sau iradierea cu diapazon de frecvență extrem de înaltă implică oscilații electromagnetice de la 3×10^{10} până la 3×10^{11} Hz, ceea ce corespunde lungimii de undă de 1-10 mm. Conform ipotezei academicianului Deveatkov N.D. și col. (1991), toate obiectele vii generează unde electromagnetice milimetrice care dirijează procesele